REDUKIDI

REFORMÁTUS DUNAMENTI KISTÉRSÉGI DIAKÓNIA
Majosházai Hospice Ház
2339 Majosháza, Zrínyi u. 96. Mobil: 06-20-584-4653
Email: diakoniamajoshaza@gmail.com – wwwm.majoshazaihospicehaz.hu
Adószámunk: 18673539-1-13 – Bankszámlaszám: 11742180-20066150
Facebook oldal: *Majosháza Hospice Ház*

SEMMELWEIS
Garancia Védjegy

BETEGFELVÉTELI KÉRELEM A HOSPICE OSZTÁLYRA

Alulírott: .....
Leánykori neve:.....
Születési helye, ideje: .....
Anyja neve: .....
TAJ száma: .....
Lakcíme: ..... Tel.:.....
Tartózkodási hely címe, megnevezése: .....
.....
kórház otthona egyéb:.....

Védettségi igazolvánnyal: rendelkezem nem rendelkezem

A benyújtott orvosi dokumentáció szerint ismert, gyógyíthatatlan súlyos betegségem tudatában kérem felvételemet a **Majosházi Hospice Ház.** A Majosházi Hospice Ház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam. Tudomásul veszem továbbá, ha a Hospice Ház orvosa és vezetősége elbocsátás mellett döntenek, akkor köteles vagyok (vagy hozzátartozóm) gondoskodni a további elhelyezésemről.

....
Dátum a beteg aláírása
A betegaláírás hiányának indoklása:
.....
.....

.....
háziorvos/kezelőorvos

Alulírott:.....
Leánykori neve:.....
Születési helye, ideje:.....
Rokonsági foka, kapcsolat jellege:.....
Lakcíme: ..... Tel.:.....

kérem, a fent nevezett, gyógyíthatalan megbetegedésben szenvedő hozzátartozóm felvételét a Majosházai Hospice Ház. A Majosházi Hospice Ház működési feltételeit, annak Házirendjét megismertem, az általam feltett kérdésekre a felvilágosítást megkaptam és egyben nyilatkozom, hogy mint a legközelebbi hozzátartozó intézkedem nevezett ügyében.
Tudomásul veszem, ha az Intézmény orvosa és vezetői elbocsátás mellett döntenek, akkor köteles vagyok gondoskodni a Beteg elhelyezéséről.

....., 20...év.....hónap .....nap.

.....
kérelmező